

Y3-3

事例要因分析から改善へ～「チームRCA」の活動を通して～

長野赤十字病院 医療安全推進室

○平井 幸子、小林 直子、小山 幹子、
篠原 慎二郎

【はじめに】2007年よりRCAツールを活用してインシデント・アクシデントの事例分析をしている。各種団体主催の研修会参加や、院内研修を通じてRCAの推進を図ってきた。2008年、医療安全全国共同行動8つ行動目標の中に「事例要因分析から改善へ」の提案があった。キャンペーンに参加登録して活動している。「チームRCA」の活動を通してRCAの推進活動を報告する。

【取り組みの実際】1. インシデント・アクシデント報告から事例を選択して当該部署に「チームRCA」のメンバーが加わり事例分析する。2. 全部門のリスクマネジャー研修会で、メンバーがファシリテーターとなり教育、推進を図る。3. 看護部事故防止委員は自部署で手法の周知と事例分析を実施する。

【結果・考察】1. 「チームRCA」の登録メンバーは現在、医師、薬剤師、事務職、看護師長、専任リスクマネジャー等11人である。メンバーは協力的で、自由な発想で背後要因を掘り下げることができる。メンバーの経験・能力による影響が大きい。2. 当該部署に「チームRCA」のメンバーが加わることで迅速に事例分析ができる。また、病院のセクショナリズムを越えて、具体的で実行可能な対策を助言できる。3. 分析はむずかしい、時間がかかるという問題があったが、潜在している要因が明確になると興味が深まり、関心をもって取り組む職員が増えている。4. 論理的思考が説得力をもちシステムの改善につながっている。

【課題】「チームRCA」のメンバーが、PDCAに即して改善活動を助言・指導できる、職種横断的なアドバイザーとして成長できる。

Y3-4

与薬インシデントを用いた事例学習と効果～SHELLモデルによる要因分析～

日本赤十字社長崎原爆病院 看護部 6階東病棟

○田崎 あゆみ、森 加寿美、志岐 文代

【はじめに・目的】厚生労働省の2007年医療事故報告によると事故一步手前のヒヤリハット事例が初めて年間20万件を超えたとの発表があった。そのうち、4分の1が調剤など薬に関連した事例だった。病棟でも全スタッフの共通問題として捉える機会を設け、患者の安全を守る視点に立って共同の問題解決を図ることが医療事故防止の具体策になると考えた。そこで、与薬インシデントを用いた事例学習会を開きSHELLモデルによる要因分析を通してインシデントの要因を明らかにした。

【研究方法】1) SHELLモデルを活用し、要因と対応策を検討する。2) 収集した分析結果をまとめ、病棟内で検討する。3) 与薬事故防止策を病棟内で導入、実践。

【結果・考察】事例1：情報収集漏れに伴う麻薬の与薬忘れ。事例2：昼食前の与薬忘れ。事例3：配薬後の内服確認不足。事例4：指示受け後の対応ミス。事例5：麻薬の与薬忘れ。5事例を通しインシデントで共通する要因は以下の5点が挙げられた。1) 看護師の思い込みと確認不足。2) 患者の内服に対する認識のうすさ。3) 多忙な時間帯でのインシデントの発生。4) 自己管理・Ns管理内服マニュアルがない。5) 申し送りの徹底がされていない。これらがインシデントの共通点となっている。事故に伴う原因といった情報はスタッフ間で共有することにより類似の事故の再発防止につながり、また患者の安全を推進することになる。事例学習会ではスタッフ間で事例の検討をしたことが個々のフィードバックをはじめ共同の対策につながった。